

**Programa de Exención para Personas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
bajo el Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal)**

NOTIFICACION DE ACCION (NOA)

NEGACION/REDUCCION/DESCONTINUACION DE LOS BENEFICIOS DE ESTE PROGRAMA

Nombre	_____	Fecha de la notificación	_____
Dirección	_____	Medi-Cal - # de identificación	_____
		Exención - # de identificación	_____
		Fecha en que los servicios se descontinuarán	_____

Los reglamentos de Medi-Cal permiten que se proporcionen ciertos servicios de casa y servicios basados en la comunidad (HCBS) a través del Programa de Exención bajo el Programa de Medi-Cal (MCWP) para Personas con SIDA si estas personas cumplen con los requisitos específicos. En relación a los servicios que se solicitaron, hemos tomado la siguiente acción debido a las razones indicadas:

- ___ 1. Negamos su solicitud o descontinuamos sus servicios debido a motivos tales como la falta de cumplimiento con los requisitos del programa o problemas en relación a la seguridad personal de los proveedores de cuidado o del personal de la agencia/oficina, específicamente _____.

- ___ 2. Negamos su solicitud o descontinuamos sus servicios debido a que usted no cumple con los requisitos de elegibilidad como se indica a continuación:
 - Usted no ha presentado las pruebas adecuadas de elegibilidad para Medi-Cal, su elegibilidad para Medi-Cal no se puede verificar, o no es o ha dejado de ser elegible para Medi-Cal.

 - Actualmente, su condición médica y/o sus necesidades médicas no cumplen con los requisitos para el cuidado en un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso o a un nivel más alto y/o el diagnóstico de que usted tiene el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o SIDA sin presentar síntomas no cumple con los requisitos de elegibilidad, o su clasificación en la evaluación que se utiliza (la tabla de habilidad cognoscitiva y habilidad para funcionar) fue demasiado baja.

- ___ 3. Negamos y/o redujimos una porción de los servicios que se solicitaron. Su condición médica y/o sus necesidades médicas han mejorado lo cual ocasionó un cambio en los servicios que se ordenaron.

- ___ 4. El continuar proporcionándole los servicios HCBS ya no es lo más económico (es decir, el costo calculado para proporcionarle a usted esos servicios es más que las normas de costo establecidas por el Estado).

- ___ 5. El costo de los servicios que se le han proporcionado ha alcanzado los \$13,209 que es lo máximo permitido anualmente para un año civil. Para este año civil, ya no puede recibir más servicios bajo el MCWP para Personas con SIDA.

- ___ 6. Los servicios que usted necesita están completamente disponibles a través de su seguro privado, Medicare (seguro médico federal), Medi-Cal, u otro programa.

- ___ 7. Usted ya no quiere los servicios HCBS.

- ___ 8. Otra razón: _____

Esta notificación de acción es un requisito del Código de Ordenamientos Federales, Título 42, Capítulo IV, Subparte E, y el Código de Ordenamientos de California, Título 22, Sección 51014.1. Usted tiene derecho a solicitar una audiencia con el estado (SH) si usted no está de acuerdo con alguna acción en relación al MCWP. Tiene solamente noventa (90) días para solicitar una audiencia. Los 90 días empezaron a contar al siguiente día de cuando el MCWP le dio o le envió por correo esta notificación. Para los derechos que tiene para apelar, vea la página 2.

La negación o discontinuación de los beneficios del MCWP para Personas con SIDA no afectará otros servicios médicos o sociales para los cuales usted es elegible bajo el Programa de Medi-Cal u otros programas de beneficios públicos.

En el futuro, puede volver a solicitar los beneficios del MCWP para Personas con SIDA si usted cree que ya es elegible.

Para más información o si tiene alguna pregunta, por favor llámeme. Mi número de teléfono es (____) _____.

Atentamente.

Representante de la agencia/oficina

Nombre de la agencia/oficina

NOTIFICACION DE UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO - SU DERECHO A APELAR LA "NOTIFICACION DE ACCION"

Instrucciones en relación a una audiencia con el estado--Si usted no está de acuerdo con la acción descrita, usted puede solicitar una audiencia con el estado ante un juez de leyes administrativas empleado por el Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS). Esta audiencia se llevará a cabo en una manera informal para asegurar que todas las personas presentes puedan hablar libremente. La persona encargada de su caso puede ayudarle a solicitar una audiencia. Si usted decide solicitar una audiencia, tiene que hacerlo antes de que pasen 90 días a partir de la fecha de esta notificación. Sus beneficios solamente continuarán hasta la "**Fecha en que los beneficios se descontinuarán**" que aparece en la parte de arriba de la página 1, la cual es al menos 10 días después de la fecha de esta notificación. Si actualmente está recibiendo servicios bajo el MCWP para Personas con SIDA y usted solicita una audiencia con el estado antes de la "**Fecha en que los beneficios se descontinuarán**" anotada en la parte de arriba de esta notificación (al menos 10 días después de la fecha de esta notificación), usted continuará recibiendo los servicios hasta que se emita la decisión de la audiencia con el estado. Si actualmente está recibiendo servicios bajo el MCWP para Personas con SIDA y usted solicita una audiencia con el estado después de la "**Fecha en que los beneficios se descontinuarán**", los servicios se descontinuarán en dicha fecha. Si usted presenta una apelación antes que se termine el período de 10 días, tiene que notificarle verbalmente al trabajador encargado de su caso.

Si desea solicitar una audiencia con el estado, por favor complete el formulario de "Petición para una audiencia con el estado" adjunto y envíelo por correo a la dirección que aparece abajo o llame al número de teléfono que se proporciona. Usted tiene que proporcionar toda la información en el formulario; cualquier información que falte en el formulario pudiera atrasar la tramitación de su petición para una audiencia con el estado. Si usted solicita una audiencia, la División de Audiencias Administrativas preparará un expediente. Al menos dos días antes de su audiencia, usted tiene derecho a ver su expediente y a recibir una copia escrita de la declaración de posición sobre su caso del proveedor de la exención para las personas con SIDA. De acuerdo a lo estipulado en las Secciones 10850 y 10950 del Código de Bienestar Público e Instituciones, la División de Audiencias Administrativas puede darle su expediente de la audiencia al Departamento de Servicios de Salud de California y al Departamento de Servicios de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Cómo solicitar una audiencia con el estado—Usted puede completar el formulario de "Petición para una audiencia con el estado" adjunto y enviarlo por correo al Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) a la siguiente dirección:

California Department of Social Services
State Hearings Division
MS-19-37
744 P Street
Sacramento, CA 95814

o puede llamar al

Número de teléfono gratuito: (800) 952-5253
Teletipo (TTY) solamente: (800) 952-8349

Folleto disponible acerca de sus derechos--El folleto "Sus derechos bajo los programas de asistencia pública de California" publicado por el CDSS le proporciona información útil acerca de las audiencias con el estado. Le enviarán este folleto una vez que se tramite su petición para una audiencia.

Representante autorizado--En la audiencia con el estado, se puede representar a sí mismo o puede ser representado por un amigo, abogado, o cualquier otra persona; pero, usted tiene que hacer los arreglos para tener a un representante. Puede obtener ayuda para localizar asesoramiento legal sin costo llamando al número de teléfono gratuito de la Oficina de Preguntas y Respuestas al Público (PIAR) al (800) 952-5253.

La Oficina de PIAR también le puede proporcionar más información acerca de sus derechos en relación a una audiencia. Esta información se proporciona en varios idiomas aparte del inglés, incluyendo el español.

La Sección 431.220 del Código de Ordenamientos Federales, Título 42, Capítulo IV, Subparte E, y la Sección 51014.1 del Código de Ordenamientos de California, Título 22, estipulan que esta **Notificación de acción/Notificación de una audiencia con el estado** se tiene que enviar por correo cuando se niegue una solicitud debido a que se determinó que usted ya no es elegible para los servicios bajo una exención o cuando se reduzcan o descontinúen los servicios actuales. La notificación se tiene que enviar por correo **al menos 10 días consecutivos** (excluyendo la fecha en que se envió) antes de la fecha en que entre en vigor la reducción o descontinuación de los servicios.

PETICION PARA UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

Nombre	Número de identificación de Medi-Cal
Dirección	Ciudad
<p>Estoy solicitando una audiencia con el estado debido a una acción relacionada a Medi-Cal que tomó _____, una agencia/oficina que proporciona exenciones para personas con SIDA para el Programa de Medi-Cal. El motivo (o motivos) aparece a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negación de mi solicitud o discontinuación de los servicios debido a motivos tales como la falta de cumplimiento con los requisitos del programa o problemas en relación a la seguridad personal de los proveedores de cuidado o del personal de la agencia/oficina, <u>o</u> • Negación de mi solicitud o discontinuación de los servicios debido a que no cumplo con los requisitos de elegibilidad, <u>o</u> • Negación y/o reducción de una porción de los servicios solicitados, <u>o</u> • Discontinuación de los servicios debido a que el proporcionar los servicios ya no es lo más económico o porque el costo de los servicios proporcionados ha alcanzado los \$13,209 que es lo máximo permitido anualmente para un año civil. • Negación de mi solicitud o discontinuación de los servicios debido a que los servicios que necesito están completamente disponibles a través de un seguro privado, Medicare (seguro médico federal), Medi-Cal, u otro programa o debido a que yo ya no quiero los servicios de casa y basados en la comunidad. • Otro motivo: _____ <p><u>Describe a continuación en que se basa su apelación:</u></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Hablo otro idioma que no es el inglés y necesito un intérprete para mi audiencia. (El Estado le proporcionará un intérprete sin costo para usted.) 	
Idioma: _____	Dialecto: _____
<ul style="list-style-type: none"> • Quiero que la persona cuyo nombre aparece a continuación me represente en esta audiencia. Otorgo el permiso para que esta persona vea mis expedientes o asista a la audiencia en mi nombre. (Esta persona puede ser un amigo o pariente pero no puede ser su intérprete.) <p>Nombre: _____ Número de teléfono: _____</p> <p>Domicilio: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado _____ Código postal _____</p>	
Firma: _____	
<p>Envíe por correo a: California Department of Social Services State Hearings Division MS-19-37 744 P Street Sacramento, CA 95814 Número de teléfono gratuito: (800) 952-5253 Teletipo (TTY) solamente: (800) 952-8349</p>	
<p>El Programa de Exención para Personas con SIDA bajo el Programa de Medi-Cal es administrado por la Sección del Cuidado Basado en la Comunidad en la Oficina del SIDA en el Departamento de Servicios de Salud; la dirección y número de teléfono son: <i>AIDS Medi-Cal Waiver Program, Community Based Care Section, Office of AIDS, Department of Health Services, MS 7700, P.O. Box 997426, Sacramento, CA 95899-7426, (916) 449-5900.</i></p>	